Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

DIVISIÓN CUIDADO DE NIÑOS Y ENSEÑANZA INFANTIL

FAMILY CHILD CARE HOME
CHILD CARE HOME REGISTER

CUIDADO DE NIÑOS EN UN HOGAR FAMILIAR
REGISTRO DE CUIDADO DE NIÑOS EN UN HOGAR

FECHA EN QUE EL NIÑO INICIÓ EL CUIDADO	FECHA EN QUE EL NIÑO DEJÓ EL CUIDADO

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE QUE UTILIZA	FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL TUTOR O PADRE DEL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL HOGAR (Y CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA (Y CÓDIGO DE ÁREA)

DIRECCIÓN DEL HOGAR	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE LA OFICINA (O DONDE SE LE PUEDE UBICAR MIENTRAS EL NIÑO ESTÉ BAJO CUIDADO)	CIUDAD	CÓDIGO DE ÁREA

NOMBRE DEL TUTOR O PADRE DEL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO DEL DOMICILIO (Y CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA (Y CÓDIGO DE ÁREA)

DIRECCIÓN DEL HOGAR	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE LA OFICINA (O DONDE SE LE PUEDE UBICAR MIENTRAS EL NIÑO ESTÉ BAJO CUIDADO)	CIUDAD	CÓDIGO DE ÁREA

OTRAS PERSONAS A QUIENES SE PUEDE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO
Relación:		Oficina: Casa:
Relación:		Oficina: Casa:
Relación:		Oficina: Casa:
Relación:		Oficina: Casa:

OTRA PERSONA, QUE NO SEA USTED, QUE TENGA PERMISO PARA RECOGER A SU NIÑO

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO
		Oficina: Casa:
		Oficina: Casa:
		Oficina: Casa:

¿QUIÉNES NO TIENEN PERMISO PARA RECOGER A SU NIÑO?

NOMBRE	MOTIVO

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL NIÑO		
FECHA DEL ÚLTIMO EXÁMEN FÍSICO DEL NIÑO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD DEL NIÑO	NÚMERO TELEFÓNICO (Y CÓDIGO DE ÁREA)
DOMICILIO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL

Problemas especiales de salud:	Alergias, incluyendo reacciones a ciertos medicamentos:
Medicamentos regulares:	Otra información pertinente:

COBERTURA DE SEGURO MÉDICO DEL NIÑO	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA O MIEMBRO
NOMBRE DEL PORTADOR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL EMPLEADOR
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	NÚMERO DE PÓLIZA O MIEMBRO
NOMBRE DEL PORTADOR DE LA PÓLIZA	NOMBRE DEL EMPLEADOR

PERMISO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD

Por el presente documento, doy mi permiso para que mi niño(a), _____ ,

reciba tratamiento de emergencia por parte de un proveedor calificado en _____
(NOMBRE Y/O DIRECCIÓN)

_____. Cuando no puedan ponerse en contacto conmigo, autorizo y doy mi permiso para que se proporcione a mi hijo(a) atención de hospital y quirúrgica, tratamiento y otros procedimientos, por parte de un médico con licencia, un proveedor de atención de salud, hospital, o asistente de ambulancia, cuando lo consideren necesario o aconsejable para salvaguardar la salud de mi niño(a). Renuncio a mi derecho a un consentimiento informado para tal tratamiento.

También doy mi permiso para que mi niño(a) sea transportado en ambulancia o en un vehículo de asistencia a un centro de emergencia y reciba tratamiento.

Certifico (o declaro), bajo pena de perjurio, según las leyes del Estado de Washington, que lo mencionado anteriormente es veridico y correcto.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN	FECHA	FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN	FECHA

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO (Y CÓDIGO DE ÁREA)